Hans Liniger

Rentenmann

Dritte Auflage



L E I P Z I G

VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH


22102370901



Der Rentenmann

von

Prof. Dr. Hans Liniger
Landes-Med.-Rat a. D. in Frankfurt a. M.

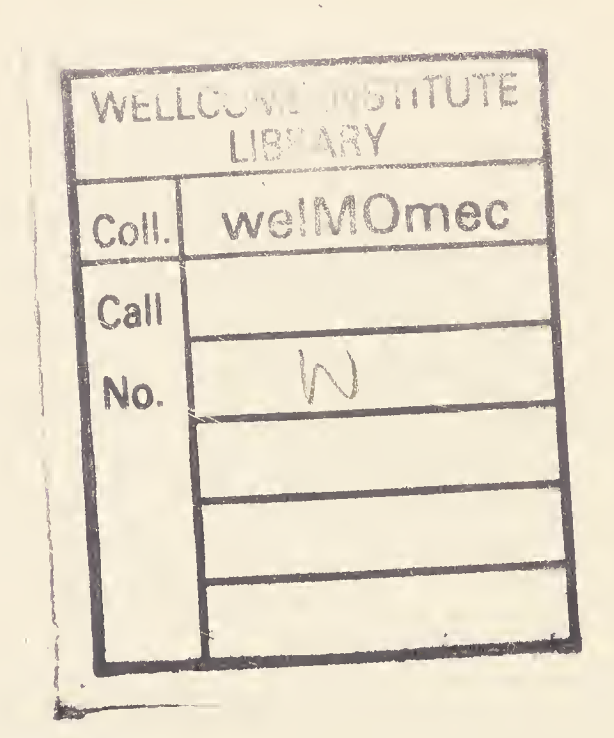
Dritte umgearbeitete Auflage

Mit 7 Tafeln



1 9 2 9

Leipzig / Verlag von Johann Ambrosius Barth



Lippert & Co. G. b. m. H., Naumburg a. d. S.



Eine der wichtigsten und verantwortungsvollsten Aufgaben des Arztes ist die Behandlung und Beurteilung von Unfallverletzten und zwar besonders in der staatlichen Versicherung. Auf die Behandlung kann ich hier nur ganz kurz eingehen.

Die Berufsgenossenschaften haben nach den neuen gesetzlichen Bestimmungen das Recht, jederzeit in das Heilverfahren einzugreifen und zwar auch in das Heilverfahren der Krankenkassen; außerdem sind sie befugt, bei nicht krankenkassenversicherten Personen, die Krankenkassen mit der Durchführung des Heilverfahrens zu beauftragen. Grundsätzlich liegt der Berufsgenossenschaft auch bei Krankenkassenangehörigen vom Unfalltag an die Verantwortung für das Heilverfahren ob. Sie ist berechtigt, den Krankenkassen vorzuschreiben, bei welchen Verletzungsarten ein besonderes, das sog. ,,berufsgenossenschaftliche" Heilverfahren stattzufinden hat und welcher Heilanstalt der Verletzte eventuell zu überweisen ist. Sache der Krankenkassenleiter ist es, sich mit den berufsgenossenschaftlichen Vereinigungen in Verbindung zu setzen und ihre Behandlung so einzurichten, daß sie ein wirksames Heilverfahren zur schnellen und möglichst vollständigen Wiederherstellung des Verletzten bildet. Die Berufsgenossenschaft ist jetzt als die ,,Herrscherin" im Heilverfahren anzusehen.

Was die Beurteilung der Minderung der Erwerbsfähigkeit der Verletzten anbelangt, so sind in der öffentlichen Unfallversicherung die Grundlinien in den zahlreichen Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes gegeben; auf dieselben werde ich später näher eingehen.

Erwerbsunfähigkeit im Sinne des staatlichen Unfallversicherungsgesetzes ist die Unfähigkeit des Verletzten auf dem gesamten Arbeitsmarkt, soweit er dem Verletzten nach dessen gesamten Kenntnissen und körperlichen, wie geistigen Fähigkeiten offen steht, also nicht nur im bisherigen Berufe, durch regelmäßige lohnbringende Arbeit, Erwerb (Verdienst) zu erlangen. Eine

Minderung der Erwerbsfähigkeit unter 10% gilt in Deutschland nicht als wesentlich und wird daher nicht entschädigt. Die vor dem Unfall vorhanden gewesene Erwerbsfähigkeit wird bei der gewerblichen Berufsgenossenschaft ohne Rücksicht auf irgendwelche vorherige krankhafte Veränderungen gleich 100 gesetzt. Es kommt darauf an, wieviel Prozent der Verletzte hiervon verloren hat.

Zwar sagt das Reichsversicherungsamt in wiederholten Entscheidungen, so in denen vom 3. April 1905 und 5. März 1906, daß das ärztliche Urteil mit den Äußerungen über den objektiven Befund und über die Kräftebeschränkung erschöpft sei, die eigentliche Abschätzung der Erwerbsfähigkeit dagegen nicht auf ärztlichem Gebiet liege, in der Praxis ist aber die Schätzung des Arztes doch von großer Bedeutung; sie muß natürlich mit der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes in ähnlich liegenden Fällen in Einklang stehen. Die Unterlagen für seine Schätzung gewinnt der Arzt aus dem Befunde. Er muß vollständig und gründlich sein. In dieser Hinsicht wird vielfach gefehlt. Nicht selten findet man im Gutachten die hauptsächlichsten Klagen des Verletzten, einen recht spärlichen Befund oder gar nur eine Diagnose und dann eine Beurteilung, der die richtige und ausreichende Begründung fehlt. Ein Gutachten soll zunächst eine ausführliche Aufzählung der Unfallbeschwerden, der Klagen, bringen. Dann folgt der Befund. Er beginnt mit allgemeinen Angaben über Alter, Größe, Ernährungs- und Kräftezustand und hat schon bestehende wesentliche Leiden oder Gebrechen, alte Verletzungsfolgen usw. zu berücksichtigen. — Ich denke hier vor allen Dingen an Altersveränderungen, Arteriosklerose, Arthritis deformans, Lungenerkrankungen (Tuberkulose, Asthma), organische Herzfehler, organische oder funktionelle Störungen seitens des Nervensystems, Unterleibsbrüche, wesentliche Krampfadern und ihre Folgen, schwere Plattfüße. Dann ist festzustellen, ob bereits eine Kriegs-, Unfall- oder Invalidenrente (Pension) bezogen wird.

Jetzt kommt eine eingehende Darstellung der Verletzungsfolgen. Narben sind nach Lage, Größe und Beschaffenheit zu beschreiben; gegen die Unterlage verschieblich, widerstandsfähig, empfindlich oder das Gegenteil. Bei Fingerschäden sind die etwaigen Verluste von Fingergliedern so anzugeben, daß auch der Laie sie versteht. Vor allem sind deutsche Ausdrücke

zu gebrauchen, z. B. Grund-, Mittel-, Nagelglied, Grund-, Mittel-, Nagelgelenk usw.

Bei Knochenbrüchen muß genau die Stellung der Bruchstücke erörtert werden, z. B. Winkelstellung mit dem Scheitel nach innen, nach außen, nach vorn, nach hinten, Abweichung der Beinachse nach innen, nach außen, Verdrehung der unterhalb der Bruchstelle gelegenen Teile nach außen, innen usw. Besonders muß darauf geachtet werden, daß die Verkürzung von Gliedern genau gemessen wird. Bei Armen sind diese Längenmessungen meist von weniger Wert, an den Beinen dagegen oft von größter Bedeutung. Nach meiner Erfahrung mißt man am besten die Beinverkürzungen durch Unterlagen von Brettchen von $^1/_2$, 1, 2 cm usw. Dicke unter die Fußsohle des verletzten Beines, bis die Gesäßfalten in gleicher Höhe stehen. Die Gelenke müssen natürlich beiderseits in gleiche Stellung gebracht werden. Man kann die Beinverkürzung genau an der Höhe der untergelegten Brettchen bestimmen. Statt der Brettchen kann man auch Bücher von entsprechender Dicke benutzen. Diese Messung ist absolut sicher.

Bei Verletzungen im Bereiche von Ellenbogen- und Handgelenk evtl. auch Fingergelenken, von Knie- und Fußgelenk sind vergleichende Umfangsmaße von Wert, doch muß man darauf achten, daß das Bandmaß überall fest anliegt. — Bei Versteifungen von Gelenken ist anzugeben, in welchem Umfange das Gelenk noch zu bewegen ist. Am Ellenbogen- und Kniegelenk wird am besten mit einem Winkelmaß der genaue Bewegungsumfang festgestellt; an den übrigen Gelenken wird der Beweglichkeitsausfall allgemeiner festgestellt. Ein Schulter- oder Fußgelenk ist z. B. zu $^1/_3$, $^1/_2$, $^2/_3$ usw. versteift.

Bei Versteifungen der Finger 2—5 gibt man an, wieweit die Fingerkuppen bei stärkster Beugung von der Hohlhand abstehen.

Auf Gelenkgeräusche ist zu achten (Knacken, Knirschen, Reiben); das korrespondierende Gelenk ist ebenfalls daraufhin zu prüfen, oft findet sich hier dasselbe Geräusch.

Die Gelenkgeräusche werden übrigens erfahrungsgemäß in ihrer Bewertung für die Erwerbsunfähigkeit überschätzt.

Bei Verletzungen an Armen und Beinen müssen die vergleichenden Umfangsmaße genommen werden. An den Armen wird der Umfang um die Mitte des Oberarmes und an der Vorder-

armdicke gemessen. — An den Beinen messe ich meist in der Höhe der Gesäßfalten, dann 20 und 10 cm oberhalb der Kniescheibe und in Höhe der Wadendicke. Eine Muskelschwäche ist meist viel besser zu sehen als zu messen. Geringe Unterschiede in den Unfangsmaßen, bis zu 1 cm, sind oft ohne Bedeutung. Vor allem muß auch auf die Qualität der Muskulatur geachtet werden. Während die Umfänge beider Beine beim Gesunden meist gleich sind, ist der rechte Arm gewöhnlich $^1/_2$ cm stärker im Umfange als der linke. Beim Linkshänder ist es umgekehrt.

Weiter ist im Gutachten auf etwa bestehende Blutumlaufsstörungen (teigige Weichteilschwellung) hinzuweisen, desgleichen auf nervöse Störungen. — Bei Beinverletzten muß der Gang beschrieben werden. — Zum Schlusse ist die Schwielenbildung an Händen, evtl. auch an den Fußsohlen, zu beachten.

Dann folgt die Beurteilung. Zunächst ist zu prüfen, ob die Klagen mit dem Befunde in Einklang stehen; dann ist anzugeben, welche Arbeiten der Betreffende noch verrichten kann, leichte, mittelschwere, ob er andauernd gehen und stehen kann, ob er sich anhaltend bücken kann usw. Dann kommt unter Berücksichtigung aller Nebenumstände, Alter, Geschlecht, Allgemeinbefinden usw., die Schätzung des Grades der Minderung der Erwerbsfähigkeit. Zum Schlusse folgt ein Vorschlag für den Zeitpunkt der Neuuntersuchung, oder über den dauernden Zustand oder ein Vorschlag zu einer etwaigen Abfindung.

Nehmen wir ein typisches Beispiel: Einen Bruch des rechten Unterschenkels bei einem 20jährigen Arbeiter. Der Unfall liegt 5 Monate zurück.

Klagen: Das rechte Bein schmerze noch nach längerem Gehen und Stehen und besonders bei Witterungswechsel, es sei noch schwach und abends geschwollen. Der Fuß sei erheblich versteift.

Er verrichte wieder leichtere Arbeiten bei der alten Firma.

Befund: X ist 20 Jahre alt, mittelgroß, mittelkräftig gebaut, gesund aussehend. Er fühlt sich innerlich gesund.

Ein Bruch des rechten Unterschenkels, an der Grenze von mittlerem und unterem Drittel ist in guter Stellung fest verheilt. Eine Beinverkürzung ist nicht eingetreten. Die Knochenneubildung an der Bruchstelle des Schienbeins ist ziemlich stark und etwas druckempfindlich.

Das rechte Hüft- und Kniegelenk sind frei beweglich. Der Fuß ist nach allen Richtungen hin zu $^1/_3$ versteift.

Das rechte Bein ist leicht geschwächt.

Die Umfangsmaße betragen:	rechts	links
In der Höhe der Gesäßfalten	49 cm	50 cm
20 cm oberhalb des Knies	47 ,,	48 ,,
10 cm oberhalb des Knies	38 ,,	37 ,,
An der Wadendicke	35 ,,	36 ,,

Um die Bruchstelle findet sich noch ein Rest von Weichteilschwellung.

Nervöse Störungen fehlen.

Der Gang ist leicht hinkend.

Beurteilung:

Die Klagen stimmen mit dem Befunde überein; die Kraft und Geschicklichkeit des rechten Beines ist noch wesentlich herabgesetzt. X ist noch nicht imstande schwerere Arbeiten, die längeres Gehen und Stehen erfordern, zu verrichten.

Den Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit schätze ich auf etwa 25%.

Neuuntersuchung empfiehlt sich in 1/2 Jahre.

Die Berufsgenossenschaft schließt sich dieser Begutachtung an und läßt den X nach 1/2 Jahre neu untersuchen. Vorher hatte sie eine Lohnauskunft vom Arbeitgeber eingezogen. — Diese Auskünfte waren früher von großer Wichtigkeit für die Abschätzung der Unfallfolgen; in vielen Fällen, besonders auch solchen mit negativen objektiven Befunden (Rücken-, Kopfverletzungen usw.), waren sie oft sogar ausschlaggebend. Jetzt ist es mit diesen Ermittlungen weit schlechter bestellt, die Löhne sind ja schematisiert, selbst Arbeiter mit hochgradigen Unfallfolgen beziehen Tariflohn. Auf die tatsächliche Arbeitsfähigkeit kommt es kaum mehr an. Aber auch hier ist ein allmählicher Ausgleich unverkennbar.

Im Falle X lautet die Lohnauskunft: Arbeitet zu Tariflohn, ist aber noch bei schwereren Arbeiten behindert. Es war eine wesentliche Besserung im objektiven Befunde festzustellen. Die Schwellung des Unterschenkels war fast völlig geschwunden, die Beinschwäche wesentlich zurückgegangen und der Fuß wieder gut beweglich. Der Arzt schätzte den Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit auf 10% und schlug Neuuntersuchung nach 1/2 Jahre vor.

Bei der Untersuchung nach 1/2 Jahre zeigten sich die letzten Unfallfolgen geschwunden, X arbeitete wieder in normalem Umfange zu vollem Lohne. Die Rente wurde eingestellt.

Wichtig für den Arzt ist der Umstand, daß spätestens 2 Jahre nach dem Unfalle die sog. Dauerrente festzusetzen ist. Diese Rente kann nur in Zwischenräumen von wenigstens Jahresfrist abgeändert werden.

In dem oben erwähnten Falle X war die Beurteilung nicht schwierig, die wesentliche Besserung stand einwandfrei fest, die Höhe der Rente war leicht abzuschätzen.

Die Mehrzahl der zur Beurteilung kommenden Fälle liegt aber weniger einfach, wir sehen vor allem oft dauernde mehr oder weniger erhebliche Unfallfolgen zurückbleiben. Wir stehen weiter nicht selten vor der Frage, ob nicht bei gleichgebliebenem Befunde doch eine so wesentliche Besserung anzunehmen ist, um eine Herabsetzung, ja evtl. auch die Einstellung der Rente, begründen zu können, durch Gewöhnung an die Unfallfolgen. Unter Gewöhnung versteht man die funktionelle Anpassung an Verletzungsfolgen, die den Menschen befähigt, rein mechanisch, ohne daß es dazu eines jedesmaligen Willensimpulses bedarf, seine Arbeitskraft möglichst vollständig wieder auszunutzen.

Versteifungen von Gelenken werden automatisch durch größere Inspruchnahme von Nachbargelenken ausgeglichen, Beinverkürzungen (bis zu 3 cm) werden durch Beckensenkung kompensiert, geschwächte oder gelähmte Muskeln werden durch stärkere Inanspruchnahme anderer Muskeln ersetzt. Für amputierte Finger treten Nachbarfinger ein, der Rechtshänder gewöhnt sich links um, usw.

Die Zeit, in der Gewöhnung einzutreten pflegt, kann nicht genau festgelegt werden, es spielen da eine ganze Reihe von Nebenumständen eine Rolle. So, neben der Art der Unfallfolgen, Alter, Geschlecht, körperliche und geistige Entwicklung, Erkrankungs- oder Verletzungsfolgen und nicht zuletzt der gute Wille.

An den Verlust eines Auges gewöhnt sich der Durchschnittsmensch erfahrungsgemäß etwa in e i n e m Jahre; in derselben Zeit an den Verlust eines Fingers. Bei älteren Personen und schwereren Unfallfolgen rechnet man mit einer Gewöhnungszeit von etwa 2—3 Jahren. Die wesentliche Besserung durch Gewöhnung ist immer genau zu begründen. Der seit der letzten Feststellung der Unfallrente verstrichene Zeitraum muß richtig, d. h. unter Berücksichtigung des ganzen Verlaufes des Falles, gewählt sein. So war es z. B. nicht angängig, daß in einem Falle, in dem volle Gewöhnung erst nach 10 Jahren angenommen worden war, ein

Nachgutachter die gewährte Rente, die ihm augenscheinlich nach dem objektiven Befunde zu hoch erschien, nach einem weiteren Jahre nochmals auf Grund von Gewöhnung herabzusetzen, vorschlug. Ist Gewöhnung erst nach 10 Jahren angenommen und die Rente daraufhin herabgesetzt worden, so kann nach einem weiteren Jahre nicht wiederum mit dem Begriffe Gewöhnung operiert werden. Der Fall war früher nicht richtig begutachtet worden.

Das Reichsversicherungsamt hat die Gewöhnung als Grund für die Annahme einer wesentlichen Besserung grundsätzlich anerkannt. Auch zu dem Begriff der weiteren und mehrfachen Gewöhnung hat es in Entscheidungen Stellung genommen. Maßgebend war die Erwägung, daß sowohl unter dem Einfluß der körperlichen Fortentwicklung, namentlich bei jugendlichen Personen, wie auch unter der Einwirkung der Arbeit, die Unfallfolgen sich erst im Laufe der Zeit allmählich auszugleichen pflegen. In vielen Fällen tritt im Laufe der Jahre trotz angenommener Gewöhnung noch weitere Gewöhnung ein. Das Reichsversicherungsamt hat die sog. glatten Unfallfolgen besonders an Armen und Beinen mit feststehenden Rentensätzen entschädigt. Es sind im Laufe der Jahre eine ganze Reihe von Zusammenstellungen derartiger Rentensätze veröffentlicht worden, so von Löhr, Blasius, Bode, J. Riedinger, L. Claus und anderen. Auch in den bekannten Handbüchern der Unfallheilkunde von C. Kaufmann, Thiem, Pietrzikowski, Engel u. a. findet man derartige Rententabellen. In meinem Buche: Die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes bei dauernden Unfallschäden (Verlag von L. Schwann, Düsseldorf) habe ich über 800 derartiger Fälle, die ich meist selbst begutachtet hatte, mit der einschlägigen Begründung des Reichsversicherungsamtes veröffentlicht.

Die Kenntnis der Rentensätze bei Dauerschäden ist für diejenigen, die sich mit der Begutachtung und Abschätzung von Unfallfolgen beschäftigen, ein dringendes Erfordernis. Vor allem muß auch der ärztliche Gutachter diese Sätze kennen oder zur Hand haben. Auf ihnen bauen sich die Renten in ihren verschiedenen Stadien auf. Noch immer findet sich aber in zahlreichen Gutachten eine geradezu auffallende Ungleichmäßigkeit in der Abschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit, selbst bei glatten und einfachen Schäden. Der Hauptgrund ist, nach meiner Erfahrung, in der Unkenntnis der Rechtsprechung des Reichs-

versicherungsamtes in ähnlich liegenden Fällen zu suchen. Die Berufsgenossenschaften ziehen deshalb in vielen Fällen erfahrene Gutachter für die endgültige Begutachtung und Abschätzung zu, oder sie stören sich überhaupt nicht an die Schätzungen des behandelnden Arztes und setzen die wirklich entsprechende Rente selbst fest. —

Eine wichtige Rolle spielen in der öffentlichen Unfallversicherung die Abfindungen. Der Gutachter muß über die Abfindungsmöglichkeiten unterrichtet sein und in geeigneten Fällen selbst die Abfindung vorschlagen.

Unfallrenten von 10% können ohne Zustimmung des Verletzten mit dem dreifachen Betrage der Jahresrente abgefunden werden, wenn seit dem Unfalle 2 Jahre vergangen sind.

Höhere Renten bis 25% können nur mit Zustimmung des Verletzten abgefunden werden, mit einem Betrage, der durch die Verordnung vom 14. Juni 1926 festgelegt ist. Zugelassen ist ferner seit 10. Febr. 1928 die ganze bzw. teilweise Abfindung von Renten über 25% mit Zustimmung des Verletzten zum Erwerb von Grundbesitz im Deutschen Reiche oder zur wirtschaftlichen Stärkung des bereits vorhandenen Grundbesitzes. Bei diesen Abfindungen erlischt der Anspruch auf Krankenbehandlung und Berufsfürsorge nicht. Bei einer wesentlichen Verschlimmerung der Unfallfolgen (mindestens um 15%) besteht Anspruch auf Wiedergewährung einer Rente.

Bei Rentenempfängern, die in das Ausland verziehen, ist die Abfindung endgültig.

Das Abfindungskapital beträgt bei einem Alter des Verletzten zur Zeit der Abfindung bis zu 25 Jahren, wenn seit dem Tage des Unfalles verflossen sind: Mehr als 1 Jahr, das 6,20fache der Jahresrente. Die Summe erhöht sich, besonders bei jungen Verletzten, ganz wesentlich, wenn später abgefunden wird; so erhält der Verletzte bei Abfindung nach mehr als 4 Jahren das 8,20fache, nach 8 Jahren das 10,70fache, nach 12 Jahren das 16,10fache. Dann sinken die Summen wieder etwas, nach 13 Jahren erhält er das 16fache, nach 14 Jahren das 15,90fache und nach 15 Jahren das 15,70fache.

Ein Verletzter von 30—35 Jahren erhält: 1 Jahr nach dem Unfall das 6fache, nach 6 Jahren das 9,60fache, nach 10 Jahren das 13,50fache, nach 12 Jahren das 13,90fache, nach 15 Jahren das 13,30fache. Ist der Verletzte zur Zeit der Abfindung 40 bis

45 Jahre alt, so wird der Betrag der Jahresrente multipliziert nach 1 Jahr mit 5,90, nach 6 Jahren mit 10, nach 10 Jahren mit 11,70, nach 12 Jahren mit 11,30, nach 15 Jahren mit 10,40 und so weiter.

Eine genaue Abfindungstabelle findet sich im „Unfallmann" von Liniger und Molineus, S. 13.

Nach den neuesten Bestimmungen ist die Abfindung also ziemlich früh angebracht. Hauptbedingung ist ein wirklich endgültiger Zustand der Verletzungsfolgen.

Die Entschädigungsätze für Unfallfolgen dauernder Art, besonders von Armen und Beinen, aber auch an Kopf und Rumpf, habe ich im nachfolgenden zusammengestellt. Die angeführten Beispiele sind so gewählt, daß für jeden Dauerschaden, besonders an den Gliedern, der richtige Prozentsatz gefunden, resp. leicht ausgerechnet werden kann. Jeder Fall ist natürlich individuell zu begutachten. Nicht angeführt habe ich Rentensätze für innere Leiden und bei Nervenkrankheiten; das sind keine einheitlichen Fälle; die Prozentsätze schwanken je nach dem Grade des Leidens in großen Grenzen.

Die Begutachtung von Fällen, in denen es sich um die Frage des ursächlichen Zusammenhanges eines Leidens mit einem Unfalle handelt, gehört zum Schwierigsten in der ganzen Unfallmedizin. Der Gutachter muß über größere Erfahrung auf diesem Gebiete verfügen, eine genaue Kenntnis der für die Beurteilung des einzelnen Falles in Betracht kommenden Grundsätze haben und die Literatur auf diesem Gebiete beherrschen. Häufig handelt es sich um Fälle, die auf Grund der Akten begutachtet werden müssen. Jedes einzelne Blatt, von der Unfallanzeige an, muß nachgeprüft werden. Vielfach müssen neue Ermittlungen angestellt werden. Evtl. ist der Unfall an Ort und Stelle von Sachverständigen nachzuprüfen, die gesundheitliche Vorgeschichte des Rentenbewerbers muß durchforscht werden. Krankenkassen, Invalidenversicherung, Versorgungsämter sind zu hören. Evtl. sind Zeugen eidlich zu vernehmen, ja manchmal wird man um die eidliche Vernehmung des behandelnden Arztes, unter Vorlegung genau formulierter Fragen, nicht herumkommen. Tuberkulöse Erkrankungen der Knochen und Gelenke, Osteomyelitis, Sarkome und Karzinome, Fälle von Arthritis deformans usw. sind es, die der Gutachter klären und evtl. entscheiden soll. Wichtig

ist es, daß nach der Rechtsprechung der Zusammenhang eines Leidens mit einem Unfalle anzunehmen ist, wenn der Unfall als mitwirkende Ursache wesentlich ins Gewicht fällt.

Grundsätzlich ist zu betonen, daß vor allem der einwandfreie Nachweis eines erheblichen Unfalles, der die später erkrankte Stelle getroffen hat, zu verlangen ist. Weiter muß der Verlauf des Leidens für die unfallweise Entstehung charakteristisch sein.

Eine wesentliche Verschlimmerung eines schon vorhanden gewesenen Leidens kann nur dann als wahrscheinlich angenommen werden, wenn der Nachweis erbracht ist, daß der Unfall die kranke Stelle wirksam getroffen hat. Dann muß in sofortigem Anschluß an den Unfall eine auffallende Verschlimmerung nachgewiesen sein.

War das Leiden, z. B. eine Tuberkulose oder eine bösartige Geschwulst, schon in einem weit vorgeschrittenen Stadium, so ist eine Verschlimmerung durch den Unfall nicht wahrscheinlich. In manchen Zusammenhangsfällen ist ein sicheres Urteil für den Begutachter nicht möglich, weil eine völlige Klarstellung der Sachlage nicht gelingt, es muß die Entscheidung den Behörden überlassen werden.

Der oft von Ärzten in dunklen Fällen zitierte Satz: In dubio pro reo, resp. pro laeso, gilt in der Unfallmedizin nicht. Es handelt sich in derartigen Rentenfällen um einen Rechtsanspruch. Der Betreffende muß die Entschädigung erhalten, wenn der Zusammenhang überwiegend wahrscheinlich ist, der Anspruch fällt, wenn der Zusammenhang nicht als bestehend angenommen wird. Die Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt nicht.

Im nachfolgenden habe ich kurz die wichtigsten Leiden, die für die Zusammenhangsgutachten in Betracht kommen, hinsichtlich der für die Beurteilung maßgebenden Gesichtspunkte, zusammengestellt.

Ausführliche Erörterungen finden sich im II. Teil des „Unfallmannes“ von Liniger u. Molineus, S. 78—153.

Aneurysma.

Das typische Aneurysma der Aorta ist fast immer durch Syphilis bedingt, deshalb „Wassermann“. Diagnose durch Röntgenaufnahme sichern. Ein Aneurysma kann längere Zeit bestehen ohne wesentliche Beschwerden zu verursachen und die Arbeitsfähigkeit wesentlich zu beeinträchtigen.

Ein Aneurysma ist als Unfallfolge zu entschädigen, wenn ein geeigneter erheblicher Unfall, etwa eine starke Brustquetschung, erwiesen ist; evtl. genügt auch eine plötzliche starke Anstrengung, die mit einer starken Erhöhung des Blutdruckes einhergeht.

Zwischen Unfall und Feststellung des Aneurysmas müssen typische Brückenerscheinungen nachweisbar sein. Störungen der Herztätigkeit, Brustbeklemmung, Brustbeschwerden usw.

Die Zeit, in der sich ein Aneurysma nach einem Unfalle entwickelt, ist nicht genau zu bestimmen. Das Aneurysma kann sich so langsam entwickeln, daß dem erstbehandelnden Arzte sein Nachweis unmöglich war. Bei der Behauptung der Verschlimmerung eines Aneurysmas durch Unfall muß vor allen Dingen ein geeigneter Unfall erwiesen sein; evtl. muß die Obduktion entscheiden.

Blinddarmentzündung:

Direkte schwere Quetschungen des Bauches können in seltenen Fällen einen gesunden Wurmfortsatz verletzen und eine Blinddarmentzündung hervorrufen. Eine körperliche Anstrengung, etwa schweres Heben, ist hierzu nicht geeignet. In den meisten Fällen handelt es sich um die Verschlimmerung von alten Blinddarmentzündungen durch eine direkte oder indirekte Gewalteinwirkung. Schweres Heben kommt evtl. infolge von Einrissen, von Verwachsungen und Eröffnungen von Abszessen als verschlimmernd in Betracht. Kotsteine im Wurmfortsatz spielen eine wichtige Rolle. Der Nachweis der Entstehung oder wesentlichen Verschlimmerung einer Blinddarmentzündung durch Unfall ist an die Erfüllung folgender Bedingungen geknüpft:

1. Dürfen keine Erscheinungen von Blinddarmentzündung kurz vor dem Unfalle bestanden haben und der Betreffende muß voll arbeitsfähig gewesen sein.

2. Muß eine geeignete erhebliche Verletzung des Bauches oder eine wirkliche Überanstrengung erwiesen sein.

3. Es müssen sofort erhebliche krankhafte Erscheinungen nachweisbar sein, die zum alsbaldigen Aussetzen der Arbeit zwingen.

Ein beschwerdefreier Zwischenraum von 2—3 Tagen bei voller Arbeitsfähigkeit macht den behaupteten Zusammenhang unwahrscheinlich.

Brüche (Hernien).

Die typischen Unterleibsbrüche (Leistenbrüche, Schenkelbrüche, Nabelbrüche, Bauchbrüche) entstehen nur in seltenen Ausnahmefällen durch Unfall. Es muß vor allen Dingen beachtet werden, daß der Bauchbruch, die Hernia epigastrica, noch seltener als der Leistenbruch durch Unfall entsteht.

Bedingungen, die für die Anerkennung eines Bruches als Unfallfolge erfüllt sein müssen:

1. Ein geeigneter Unfall muß erwiesen sein.

2. In sofortigem Anschlusse an den Unfall müssen erhebliche objektive und subjektive Krankheitserscheinungen entstanden sein. Der Verletzte wird schwer krank, er hat den Arzt alsbald nötig und kann nicht mehr weiter arbeiten.

Öfter wird es sich in Fällen von wirklich traumatischer Bruchentstehung um Einklemmung des Bruches handeln. Bei der Brucheinklemmung ist die Rechtsprechung sehr weitgehend. Es ist aber unrichtig aus der Tatsache der Brucheinklemmung den Schluß auf vorausgegangenen Unfall zu ziehen.

Fälle von Achsendrehung des Darmes, Darmverschlingung, Darmeinklemmung bieten meist für die Beurteilung große Schwierigkeiten. Vor allen Dingen kommt es auf den Nachweis eines geeigneten Unfalles an, denn diese Leiden entstehen meist ohne Unfall.

Diabetes.

Echte Zuckerharnruhr nach Unfall ist sehr selten. Oft wird ein schon längst bestehender Diabetes erst infolge Harnuntersuchung nach dem Unfalle entdeckt. Man kann, besonders auch auf Grund der riesigen Kriegserfahrungen, annehmen, daß es fast nur bei Verletzungen der Bauchspeicheldrüse zu einem traumatischen Diabetes kommt. Periphere Verletzungen sind nicht imstande, Diabetes hervorzurufen, ebensowenig einfache Gehirnerschütterungen oder Schreckwirkungen.

Geschwülste.

Die bösartigen Geschwülste (Karzinome und Sarkome) entstehen fast nie durch einen einzelnen Unfall. In den meisten Fällen handelt es sich um den nachträglichen Konstruierungsversuch eines Zusammenhanges. Für Annahme eines ursäch-

lichen Zusammenhanges zwischen Geschwulst und Unfall muß verlangt werden, daß:

1. ein erheblicher Unfall (mit objektiven Verletzungsspuren und entsprechenden subjektiven Erscheinungen), der die später erkrankte Stelle getroffen hat, erwiesen ist.

2. die Geschwulst sich in einer für die Verletzung charakteristischen Weise entwickelt hat.

Verspätete Unfallmeldung, Weiterarbeiten, verspätete Zuziehung des Arztes sind höchst verdächtige Momente. Oft hat die Geschwulst schon vor dem Unfalle bestanden.

Eine wesentliche Verschlimmerung einer Geschwulst durch Unfall ist nur dann anzunehmen, wenn

1. die Geschwulst nachweisbar von einem wesentlichen Unfalle betroffen worden ist und

2. sich unmittelbar an den Unfall eine auffallende, überstürzte, Verschlimmerung der Geschwulst gezeigt hat.

Lungenblutung:

Lungenblutungen aus gesunden Lungen nach Überanstrengung sind sehr selten. In der großen Mehrzahl dieser Fälle handelt es sich um Lungentuberkulose. Vielfach ist der blutige Auswurf das erste Symptom des bestehenden Leidens. Der Betreffende braucht bis dahin von dem Lungenleiden keine Ahnung gehabt zu haben und in der Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt gewesen zu sein. Es ist nicht richtig aus dem Umstande, daß eine Lungenblutung bei der Arbeit aufgetreten ist, den Schluß zu ziehen, daß die Arbeit besonders schwer war, oder daß sich bei der Arbeit irgend etwas Unfallartiges zugetragen hat. Daß eine kranke Lunge leichter Einrissen ausgesetzt ist, als eine gesunde, ist klar. Die Beurteilung derartiger Fälle ist deshalb sehr schwierig, weil der Zustand der Lungen vor dem Unfall meist nicht bekannt ist. Die Entscheidung muß dann den Behörden überlassen werden. Wird eine anstrengende Arbeit eine Reihe von Tagen hindurch verrichtet und tritt dabei Lungenbluten ein, so ist die Ablehnung der Ansprüche gerechtfertigt, weil es an einem zeitlich engbegrenzten Ereignis fehlt.

Lungenentzündung:

Lungenentzündungen nach Verletzung sind selten. Nur etwa 2%. Zur Anerkennung einer Lungenentzündung als Unfallfolge

muß 1. der Beweis für eine Verletzung, die die Lunge beteiligen konnte, erbracht sein, und 2. muß die Lungenentzündung sich zeitlich eng an den Unfall anschließen.

Tritt die Lungenentzündung später als 4—5 Tage nach dem Unfalle auf, so ist im allgemeinen der Zusammenhang nicht mehr anzunehmen. Eine schon wenige Stunden nach dem Unfall festgestellte Lungenentzündung hat wahrscheinlich mit dem Unfalle nichts zu tun.

Magengeschwür. (Dieselben Grundsätze gelten auch für die Beurteilung eines Darmgeschwürs.)

Die Entstehung eines Magengeschwürs durch Unfall ist selten. Um dies annehmen zu können, müssen etwa folgende Bedingungen erfüllt sein:

1. Bis zum Unfall darf der Kranke keine Magenstörungen gezeigt haben.

2. Muß ein erheblicher Unfall, der den Magen in Mitleidenschaft ziehen konnte, erwiesen sein.

3. Müssen sofort Erscheinungen, die für eine Magenbeteiligung sprechen, beobachtet sein.

Wird der Durchbruch eines alten Magengeschwürs durch Unfall behauptet, so muß vor allen Dingen der Unfall scharf nachgeprüft werden. In der überwiegenden Zahl der Fälle treten diese Durchbrüche ganz spontan ein.

Nervenleiden.

I. Organische.

Organische Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks (multiple Sklerose, Paralyse, Schüttellähmung, Syringomyelie, Tabes) sind selten Unfallfolge. In jedem Fall muß ein genauer Nachweis für den behaupteten Zusammenhang erbracht sein. Eine genaue Prüfung des Unfalles und der Krankengeschichte durch berufene Fachärzte ist nötig. Vor allen Dingen ist wichtig, daß periphere Verletzungen und psychische Einwirkungen nicht imstande sind, ein derartiges, organisches Leiden auszulösen. Es müssen schon schwere Verletzungen mit nachweisbarer Beteiligung des Gehirns und Rückenmarks vorliegen, aber auch dann kann der Zusammenhang noch ein rein zeitlicher, aber

kein ursächlicher sein. Dieselben strengen Anforderungen müssen gestellt werden, wenn eine wesentliche Verschlimmerung eines organischen Nervenleidens durch einen Unfall behauptet wird. Die Art und Schwere eines Unfalls, sowie ein besonders rascher, überstürzter Verlauf des Leidens werden maßgebend sein.

II. Funktionelle.

Diese Leiden bedürfen, wenn ihr Zusammenhang mit einem Unfalle behauptet wird, ebenfalls genauseter Prüfung und Beurteilung durch erfahrene Sachverständige. Meist handelt es sich um Menschen, die bereits an funktionellen Nervenstörungen litten, oder doch dazu disponiert waren. Oft genug sitzt das Leiden nur in einer abwegigen Gesinnung, es handelt sich um die bekannte Reaktion auf das Entschädigungsverfahren, oder es liegt direkter Schwindel vor.

Nierenleiden.

Die Entstehung von Nierenerkrankungen infolge Verletzung ist selten. Die Beurteilung derartiger Fälle ist meist deshalb sehr schwierig und unsicher, weil der Zustand der Nieren vor dem Unfalle nicht bekannt war. Nierenleiden können erfahrungsgemäß jahrelang bestehen ohne wesentliche Beschwerden zu verursachen und die Erwerbsfähigkeit zu beeinträchtigen. Hin und wieder wird es sich um die Verschlimmerung einer schon bestehenden chronischen Nierenentzündung durch Unfall handeln. In solchen Fällen bedarf es immer einer genauen Prüfung des angeschuldigten Unfalles und weiter einer genauen Prüfung der ganzen Krankengeschichte. Im allgemeinen heilen Nierenverletzungen, insbesondere leichte Blutungen aus den Nieren in kurzer Zeit glatt aus. Hin und wieder kommt es zur auch Verschlimmerung von Nierensteinbeschwerden durch Unfall; auch werden gelegentlich Nierentuberkulose und Nierengeschwülste auf den Unfall zurückgeführt.

In all diesen Fällen muß verlangt werden, daß ein erheblicher Unfall die Nierengegend getroffen hat und daß sich unmittelbar an den Unfall Nierenstörungen angeschlossen haben. Werden die Fälle erheblich verspätet angemeldet, wird die Arbeit nicht sofort ausgesetzt und der Arzt nicht alsbald zugezogen, so

ist im allgemeinen der Zusammenhang des Leidens mit einem Unfalle abzulehnen.

Hinsichtlich der Wanderniere ist zu betonen, daß nur schwere Gewalteinwirkungen die Niere aus ihrem Lager reißen können. Meist sind damit schwere Verletzungen des Nierenstiels, besonders der Gefäße, verbunden. Wanderniere nach körperlichen Überanstrengungen sind meist keine Unfallfolge, es handelt sich fast immer um ein schon lange Zeit unbemerkt vorhanden gewesenes Leiden, das bei der betreffenden Gelegenheit zum ersten Male schmerzhaft in die Erscheinung getreten ist. Für die Annahme des Zusammenhanges einer Wanderniere mit einem Unfall müssen dieselben scharfen Beweise verlangt werden, wie bei einem Unterleibsbruch.

Osteomyelitis.

Die eitrige Knochenmarksentzündung ist eine typische Infektionskrankheit, besonders des jugendlichen Alters, die selten auf einen Unfall zurückgeführt werden kann. Das Reichsversicherungsamt verlangt einen strengen Nachweis dafür, daß ein Betriebsunfall vorgelegen hat und außerdem überzeugende Tatsachen, die für den ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfall und Knochenmarksentzündung sprechen. Die Osteomyelitis tritt meist in ganz kurzer Zeit nach dem Unfalle auf. Es muß eine erhebliche Einwirkung auf den Knochen, der später erkrankt befunden wird (Erschütterung mit Blutung ins Knochenmark) erwiesen sein.

Von größter Wichtigkeit ist der Nachweis von einwandfreien Verletzungsspuren; dieser ist aber erfahrungsgemäß fast nie erbracht.

Schlaganfall.

Meist handelt es sich um die Berstung der Wandung einer erkrankten Gehirnschlagader (Arteriosklerose). Alter, Syphilis, Alkoholismus und chronische Nierenentzündung spielen eine Rolle. — Häufig werden Schlaganfälle auf schweres Heben zurückgeführt. Es kommt in diesen Fällen vor allen Dingen darauf an, ob die Arbeit geeignet war, eine abnorme Blutdrucksteigerung in den Gefäßen des Kopfes hervorzurufen. Ein bestimmtes, zeitlich begrenztes Betriebsereignis muß, wie das Reichsversiche-

rungsamt sagt, mitgewirkt haben. Oft ist der Arzt nicht imstande, derartige Fälle einwandfrei zu beurteilen. Es kommt auf die Auffassung der Spruchbehörden an. Ist ein Schlaganfall als die Folge eines Betriebsunfalls anerkannt, so sind damit spätere Gehirnblutungen nicht ohne weiteres als die Folgen dieses Unfalles anzusehen, sie sind vielmehr meist nur die Folge des bestehenden Gefäßleidens, der Arteriosklerose.

Tuberkulose.

Tuberkulöse Erkrankungen, besonders der Knochen und Gelenke sind nur selten die Folge eines Unfalles. Es handelt sich vielmehr fast immer um metastatische Entzündungen, die ohne Unfall durch einfache Verschleppung von tuberkulösem Material aus kranken Lungen oder deren Lymphdrüsen entstehen. Das Lungenleiden kann dem Besitzer vollkommen unbekannt sein. Um den Zusammenhang einer Knochen- oder Gelenktuberkulose mit einem Unfall annehmen zu können, muß:

1. Ein Unfall einwandfrei erwiesen sein,

2. der Unfall erheblich sein, d. h. er muß das erkrankte Gelenk oder den erkrankten Knochen wirksam erreicht haben; das ist aber nur dann anzunehmen, wenn sich unmittelbar an den Unfall wesentliche objektive und subjektive Verletzungserscheinungen angeschlossen haben.

3. Der Verlauf des Leidens ein für den Unfall charakteristischer gewesen sein.

Eine wesentliche Verschlimmerung einer schon bestehenden Tuberkulose durch Unfall ist nur dann anzunehmen, wenn

1. erwiesen ist, daß ein wesentlicher Unfall die erkrankte Stelle getroffen hat,

2. eine auffallende stürmische Entwicklung des Leidens sich unmittelbar an den Unfall angeschlossen hat.

War das Leiden schon weit vorgeschritten, so kann von einer wesentlichen Verschlimmerung überhaupt nicht mehr gesprochen werden.

Zum Schlusse führe ich, auf vielfachen ärztlichen Wunsch, das für die Beurteilung Wichtigste aus der Privat-Unfallversicherung an.

Die private und die öffentliche Unfallversicherung zeigen in vieler Hinsicht, besonders für den Arzt, wichtige und charakteristische Unterschiede.

Die private Versicherung ist eine freiwillige Versicherung gegen Unfall jeder Art, die öffentliche oder soziale Versicherung ist dagegen eine Zwangsversicherung. Jeder Arbeiter, der in einem versicherungspflichtigen Betriebe beschäftigt ist, ist versichert, ob alt oder jung, ob krank oder gesund. In der Privat-Unfallversicherung können dagegen körperlich minderwertige oder zu alte Personen abgelehnt, oder zu erschwerten Bedingungen übernommen werden. In der Privat-Unfallversicherung gibt es je nach der Gefährlichkeit des Risikos 8 verschiedene Gefahrenklassen: Die Privat-Unfallversicherung entschädigt vorübergehende Arbeitsunfähigkeit, dauernde Minderung der Erwerbsunfähigkeit, gleich Invalidität, und Tod. Es kann aber auch die Tagegeldversicherung und evtl. auch die Todesfallversicherung wegfallen.

Maßgebend für die Entschädigung sind in der Privat-Unfallversicherung die Versicherungsbedingungen. Der Begriff des Unfalles ist in der Privat-Unfallversicherung sehr verschieden, von dem eines Unfalles im Sinne der Reichsversicherungsordnung. Nach § 2, I der Versicherungsbedingungen liegt ein Unfall vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Bei einem Unfalle im Sinne der Reichsversicherungsordnung ist aber das Vorliegen eines plötzlichen Ereignisses nicht notwendig. Das Reichsversicherungsamt sagt: Es genügt, daß die Schädigung innerhalb einer, durch wesentliche Pausen nicht unterbrochenen Arbeitsschicht erfolgt; demnach ist es Erfordernis der Plötzlichkeit bei der sozialen Versicherung noch erfüllt, wenn eine mehrere Stunden dauernde Einwirkung einen schädigenden Einfluß auf den Körper gehabt hat. Es sind zahlreiche Fälle bekannt, in denen Gesundheitsschädigungen durch Witterungseinflüsse, z. B. Erkältungen durch Zugluft, als Unfall anerkannt worden sind.

In der Privat-Unfallversicherung sind aber nach § 2, IIb Gesundheitsschädigungen durch Temperatur- und Witterungseinflüsse nicht entschädigungspflichtig. Auch finden sich in den Bedingungen einzelne Leiden und Gebrechen von der Versiche-

rung ausgeschlossen. So werden nicht entschädigt: Bauch- und Unterleibsbrüche, Wasserbrüche, Darmverschließungen, Blinddarmentzündungen. Bei Blutung aus inneren Organen wird eine Entschädigung nur gewährt, wenn die Blutung ausschließlich durch einen Versicherungsfall ohne Mitwirkung einer inneren Erkrankung verursacht ist. Besonders wichtig ist § 7, 4, laut dem funktionelle Störungen von seiten des Nervensystems nicht in die Entschädigungspflicht der Gesellschaft fallen (Neuroseausschluß).

Sehr wichtig ist auch die Bestimmung, nach der Krankheiten oder Gebrechen, die neben dem Unfall die Arbeitsfähigkeit herabsetzen, entsprechend bewertet werden, d. h. die Versicherungsleistung wird entsprechend gekürzt.

Für die Festsetzung des Grades der dauernden Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit, der Invalidität, besteht in der Privat-Unfallversicherung eine besondere Gliedertaxe, die bei glatten Schäden ganz andere Prozentsätze festlegt, als wie sie beim verletzten Arbeiter nach der ständigen Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts in Betracht kommen. Der Arzt darf also Privatunfallversicherte nicht „berufsgenossenschaftlich" beurteilen.

Als feste Invaliditätsgrade werden unter Ausschluß des Nachweises eines höheren oder geringeren Grades angenommen:

a) bei vollständigem Verlust oder vollständiger Gebrauchsunfähigkeit

eines Armes oder einer Hand	60%
eines Beines oder Fußes	50%
eines Daumens	20%
eines Zeigefingers	10%
eines anderen Fingers	5%
einer großen Zehe	5%
einer anderen Zehe	2%
b) bei gänzlichem Verlust der Sehkraft beider Augen	100%
bei gänzlichem Verlust der Sekhraft eines Auges	30%
sofern jedoch die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	50%
bei gänzlichem Verlust des Gehörs auf beiden Ohren	60%
bei gänzlichem Verlust des Gehörs auf einem Ohre	15%
sofern jedoch das Gehör auf dem anderen Ohre vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	30%

2. Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Gebrauchsunfähigkeit der vorgenannten Körperteile oder Sinnesorgane werden die vorstehenden Sätze entsprechend herabgesetzt.

3. Bei dem Verlust oder der Gebrauchsunfähigkeit von mehreren der vorgenannten Körperteile oder Sinnesorgane werden die sich nach Ziffer 1 und 2 ergebenden Prozentsätze zusammengerechnet, jedoch nie mehr als 100% angenommen.

B. Läßt sich der Invaliditätsgrad nach vorstehendem nicht bestimmen, so wird bei Bemessung desselben in Betracht gezogen, inwieweit der Versicherte imstande ist, Erwerb durch eine Tätigkeit zu erzielen, die seinen Kräften und Fähigkeiten entspricht und ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufs zugemutet werden kann.

Bei der Privat-Unfallversicherung ist die Kapitalabfindung wohl allgemein eingeführt. Bei Fällen, die nach Jahresfrist hinsichtlich der endgültigen Invalidität noch nicht zu übersehen sind, kann während der ersten 3 Jahre eine entsprechende Rente gewährt werden. In der Zwischenzeit finden Untersuchungen statt, die feststellen sollen, ob etwa eine wesentliche Besserung eingetreten ist. Der Zustand, der nach 3 Jahren besteht, muß als der endgültige angesehen werden und das entsprechende Invaliditätskapital ausgezahlt werden.

In Fällen von Meinungsverschiedenheiten über Art und Höhe der Unfallfolgen oder darüber, ob und in welchem Umfange der eingetretene Schaden auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, entscheidet eine Ärztekommission. Der Versicherte wählt seinen Arzt, die Gesellschaft ihren Arzt, dann wird ein Obmann ernannt; gewöhnlich ist es der zuständige Kreisarzt, evtl. auf Verlangen des Verletzten oder der Gesellschaft ein bewährter Krankenhausarzt, oder Hochschullehrer. Kommt keine Einigung über den Obmann zustande, so wird er von dem Vorsitzenden der zuständigen Ärztekammer bestimmt.

Die Ärztekommissionen haben sich im allgemeinen sehr gut bewährt. Das Gericht ist in diesen Fällen ausgeschaltet, die Entscheidung ruht in den Händen der Ärzte. Stimmenmehrheit entscheidet. Es ist nach meiner Erfahrung ein großer Fehler, wenn in der Privat-Unfallversicherung ein Fall, der vor die Ärztekommission gebracht werden kann, zum Prozeß kommt.

Näheres ist in dem Buche „Der Unfallmann“ von H. Liniger und G. Molineus (Leipzig, Barth. 1928) angegeben.

Tafeln

Rechte Hand

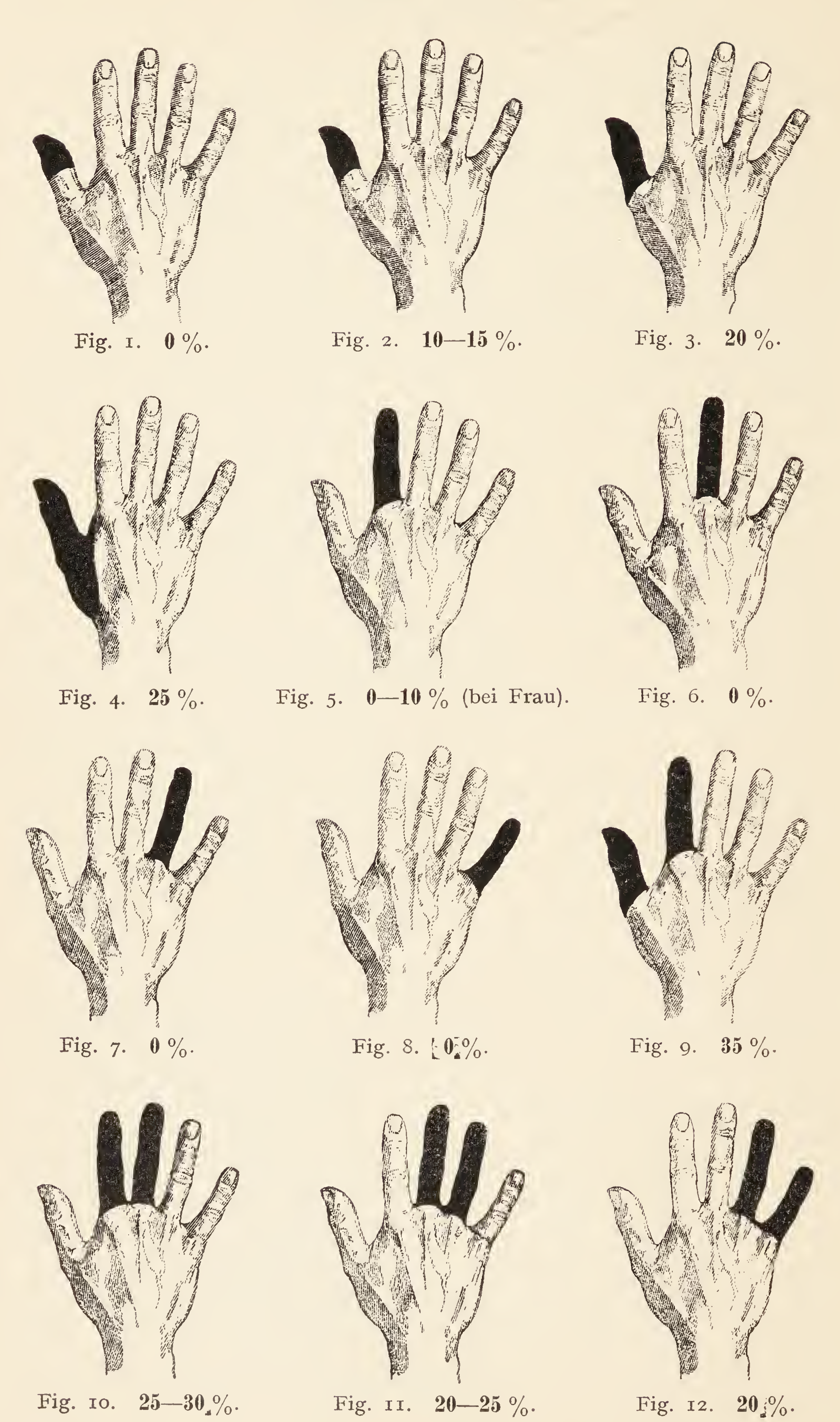


Fig. 1. **0** %. Fig. 2. **10—15** %. Fig. 3. **20** %.

Fig. 4. **25** %. Fig. 5. **0—10** % (bei Frau). Fig. 6. **0** %.

Fig. 7. **0** %. Fig. 8. **10** %. Fig. 9. **35** %.

Fig. 10. **25—30** %. Fig. 11. **20—25** %. Fig. 12. **20** %.

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

Rechte Hand

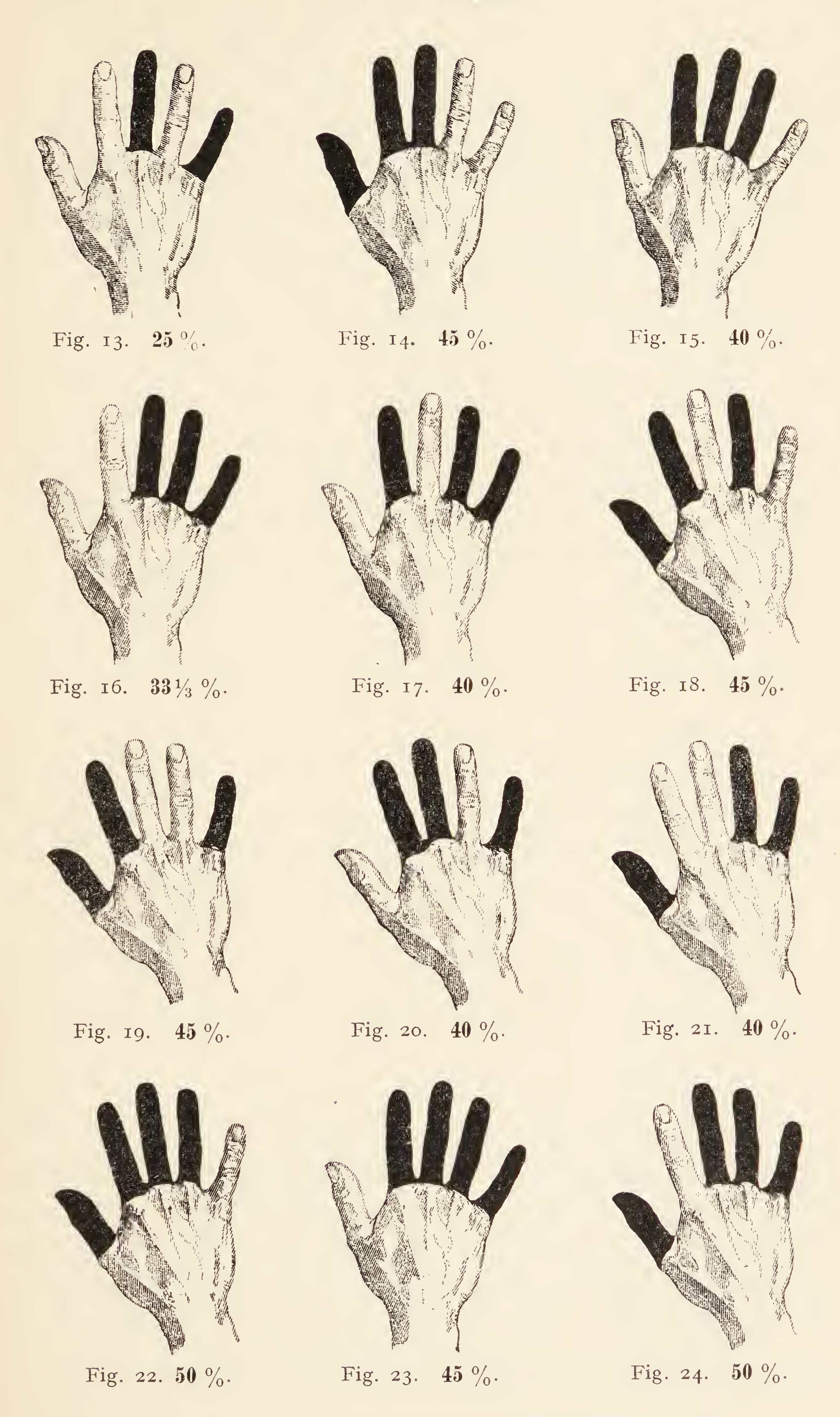


Fig. 13. **25 %.** Fig. 14. **45 %.** Fig. 15. **40 %.**

Fig. 16. **33⅓ %.** Fig. 17. **40 %.** Fig. 18. **45 %.**

Fig. 19. **45 %.** Fig. 20. **40 %.** Fig. 21. **40 %.**

Fig. 22. **50 %.** Fig. 23. **45 %.** Fig. 24. **50 %.**

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

Linke Hand

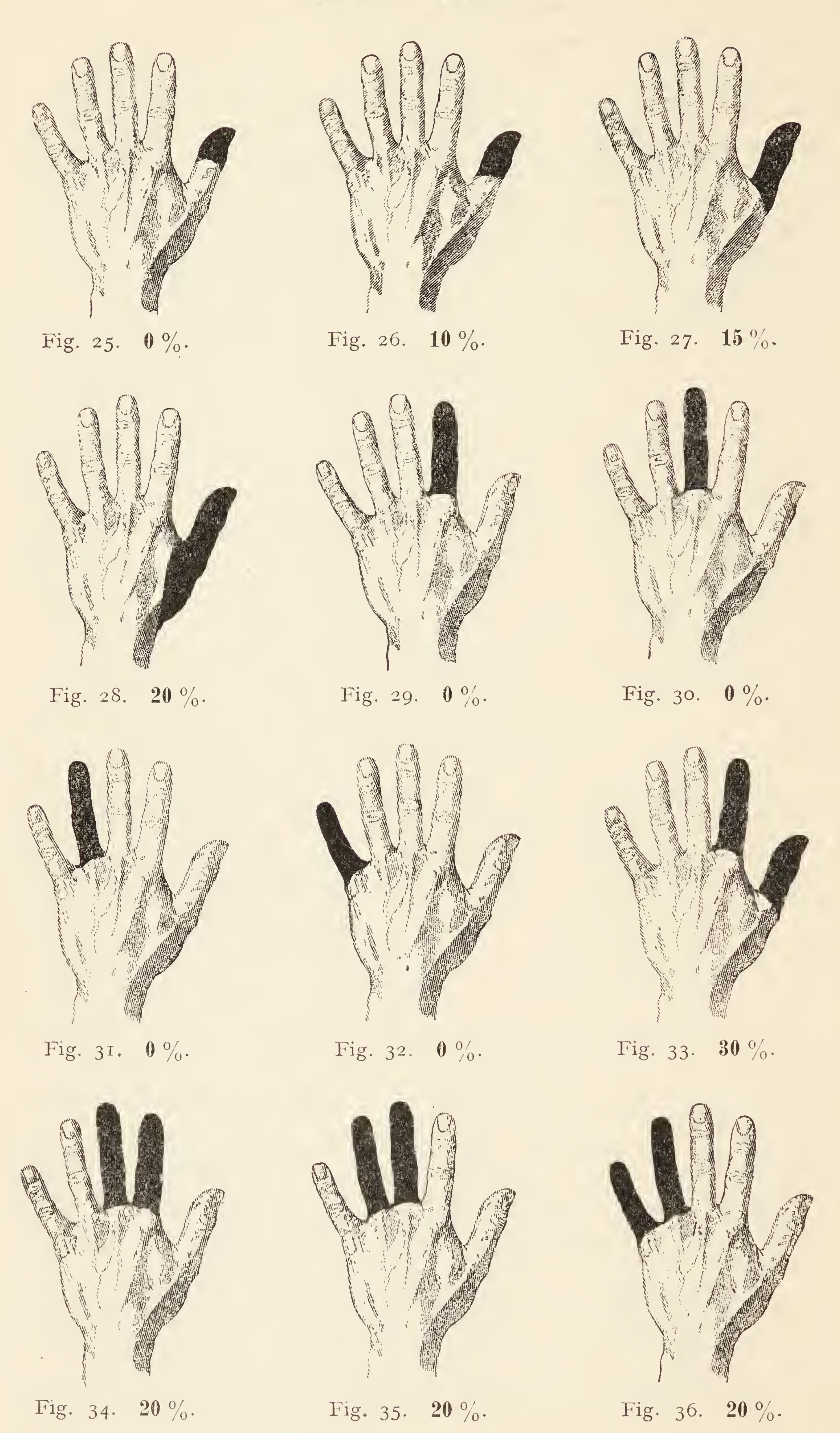


Fig. 25. **0** %. Fig. 26. **10** %. Fig. 27. **15** %.

Fig. 28. **20** %. Fig. 29. **0** %. Fig. 30. **0** %.

Fig. 31. **0** %. Fig. 32. **0** %. Fig. 33. **30** %.

Fig. 34. **20** %. Fig. 35. **20** %. Fig. 36. **20** %.

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

Linke Hand

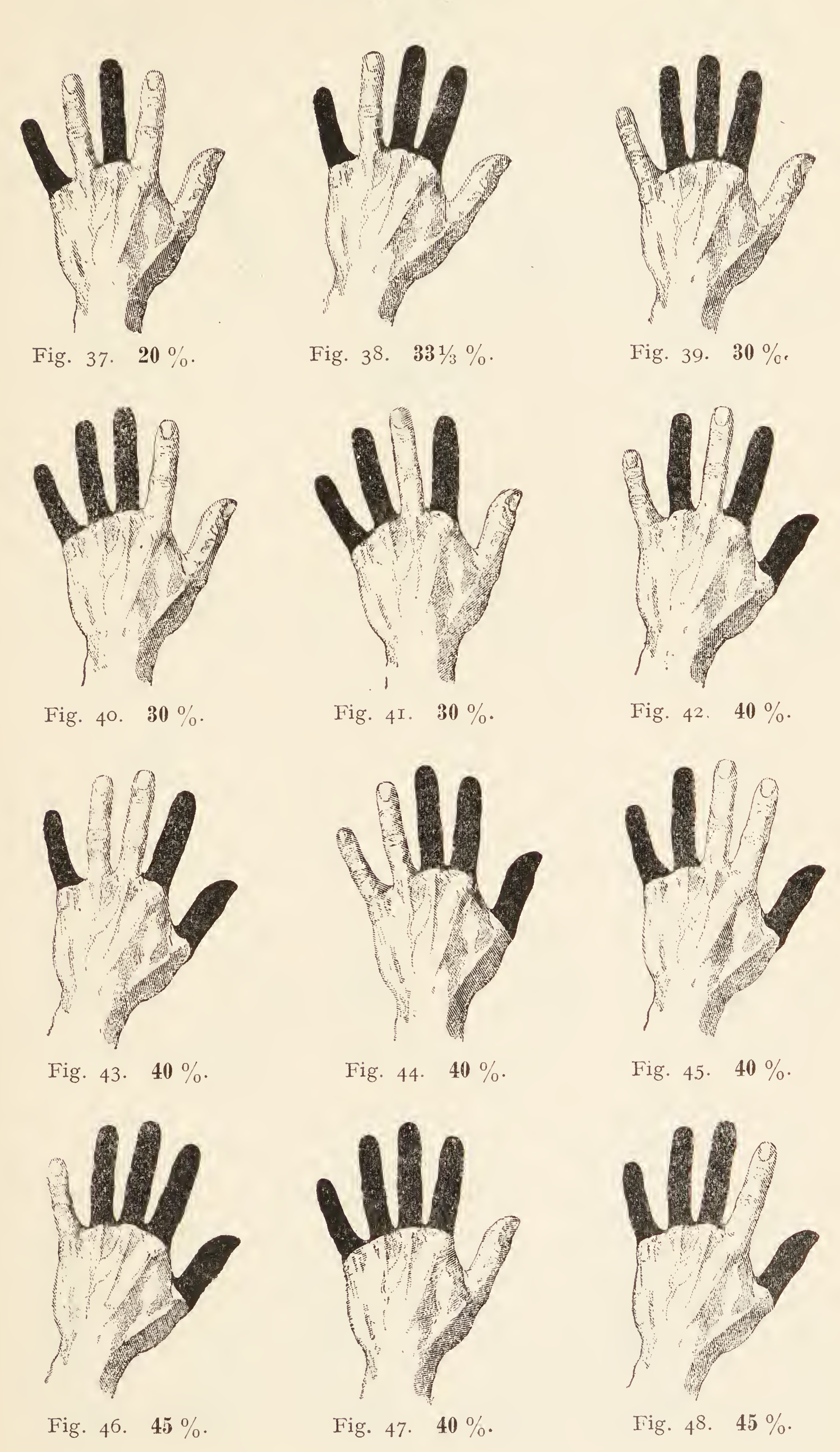


Fig. 37. **20 %**.

Fig. 38. **33⅓ %**.

Fig. 39. **30 %**.

Fig. 40. **30 %**.

Fig. 41. **30 %**.

Fig. 42. **40 %**.

Fig. 43. **40 %**.

Fig. 44. **40 %**.

Fig. 45. **40 %**.

Fig. 46. **45 %**.

Fig. 47. **40 %**.

Fig. 48. **45 %**.

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

Linke Hand

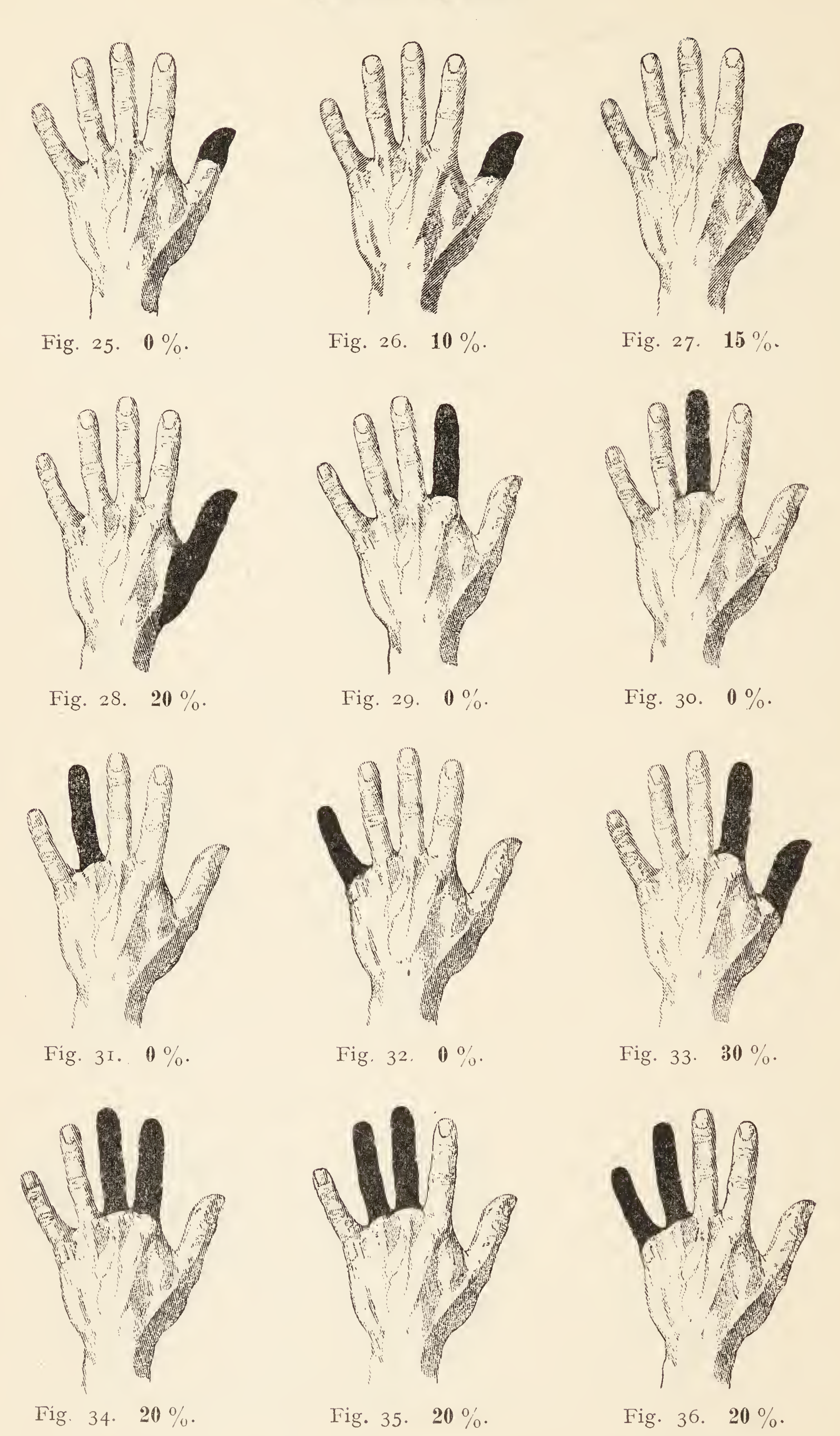


Fig. 25. **0** %.
Fig. 26. **10** %.
Fig. 27. **15** %.
Fig. 28. **20** %.
Fig. 29. **0** %.
Fig. 30. **0** %.
Fig. 31. **0** %.
Fig. 32. **0** %.
Fig. 33. **30** %.
Fig. 34. **20** %.
Fig. 35. **20** %.
Fig. 36. **20** %.

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

Linke Hand

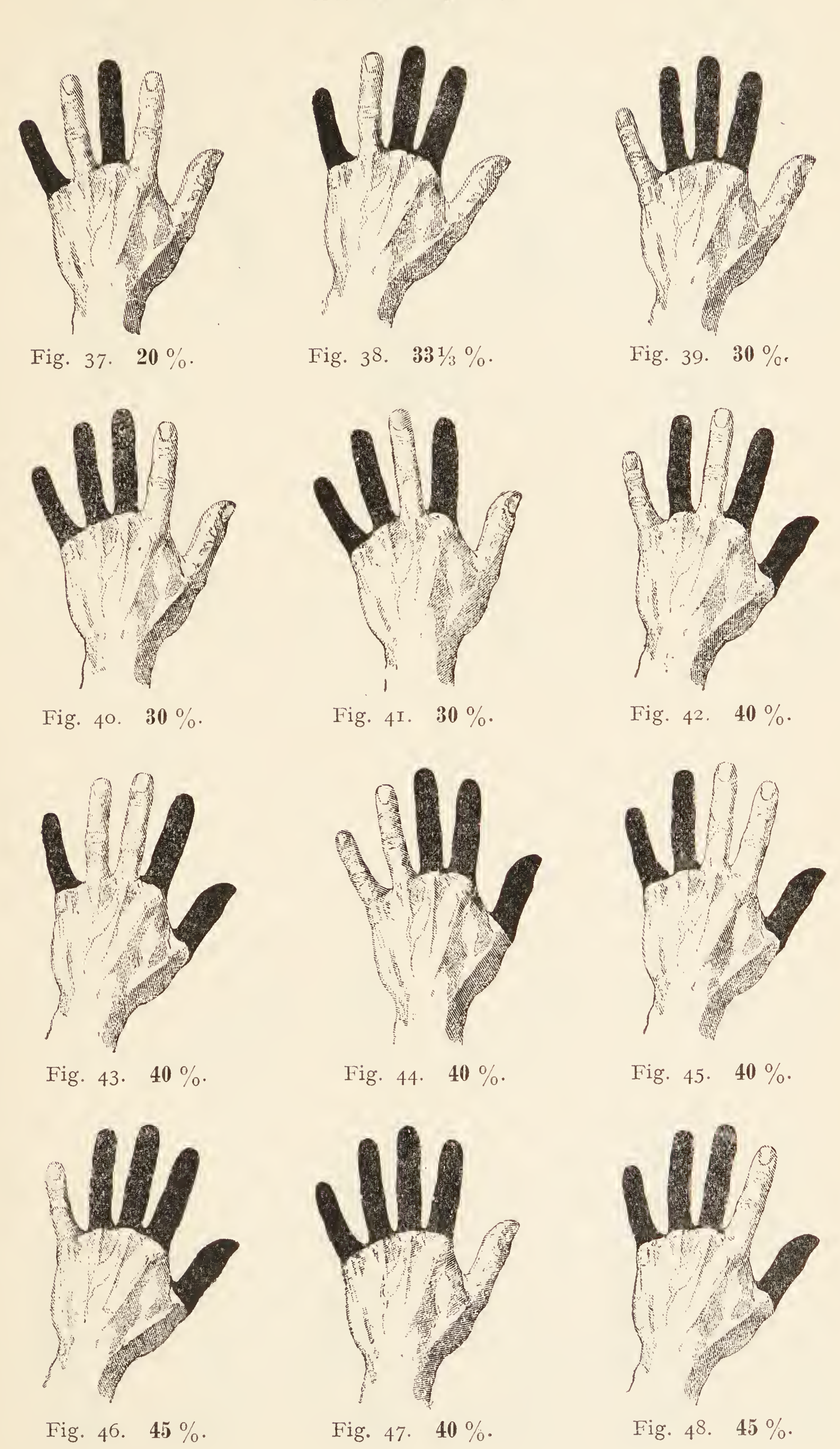


Fig. 37. **20 %.** Fig. 38. **33⅓ %.** Fig. 39. **30 %.**

Fig. 40. **30 %.** Fig. 41. **30 %.** Fig. 42. **40 %.**

Fig. 43. **40 %.** Fig. 44. **40 %.** Fig. 45. **40 %.**

Fig. 46. **45 %.** Fig. 47. **40 %.** Fig. 48. **45 %.**

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

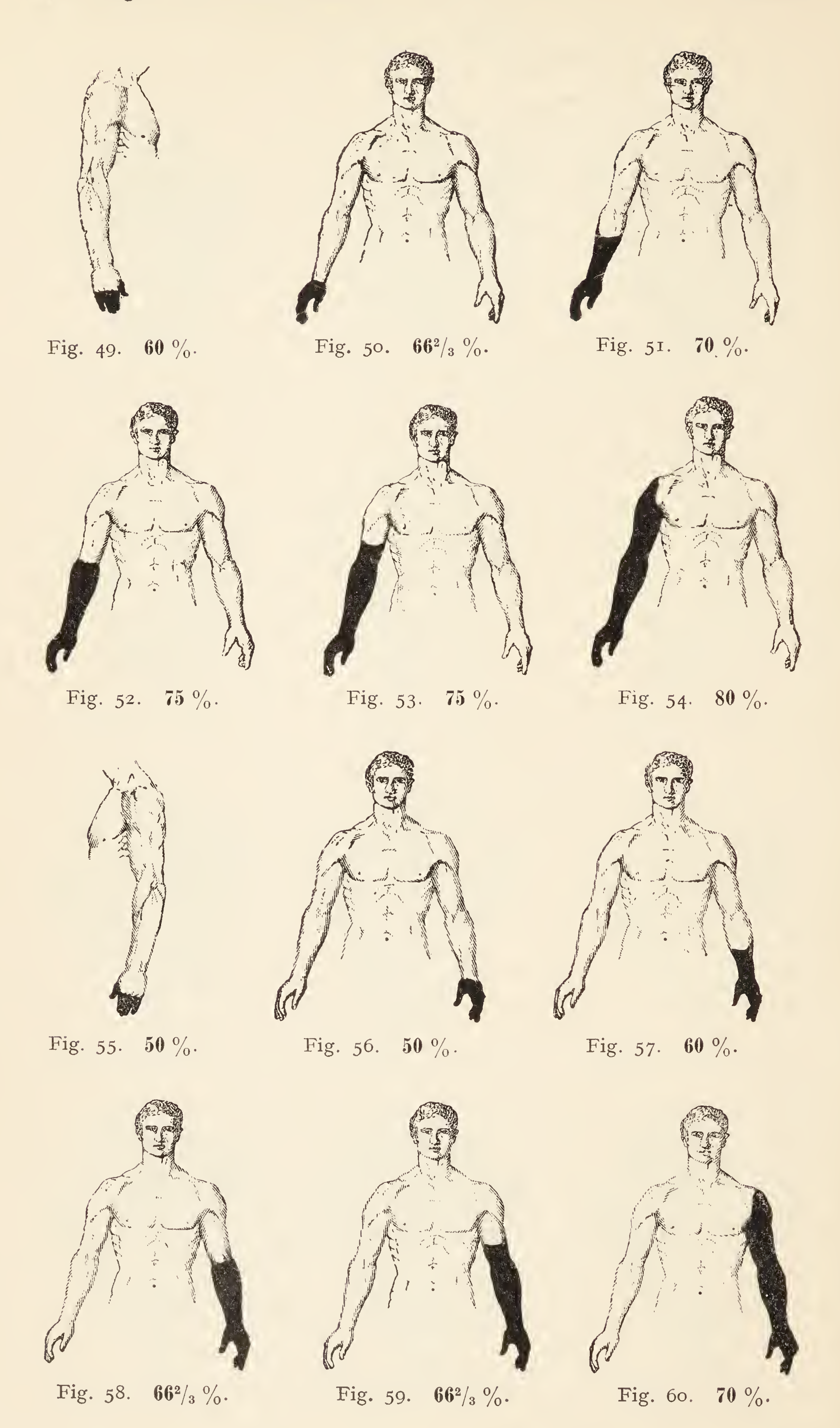


Fig. 49. **60 %.** Fig. 50. **66²/₃ %.** Fig. 51. **70 %.**

Fig. 52. **75 %.** Fig. 53. **75 %.** Fig. 54. **80 %.**

Fig. 55. **50 %.** Fig. 56. **50 %.** Fig. 57. **60 %.**

Fig. 58. **66²/₃ %.** Fig. 59. **66²/₃ %.** Fig. 60. **70 %.**

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

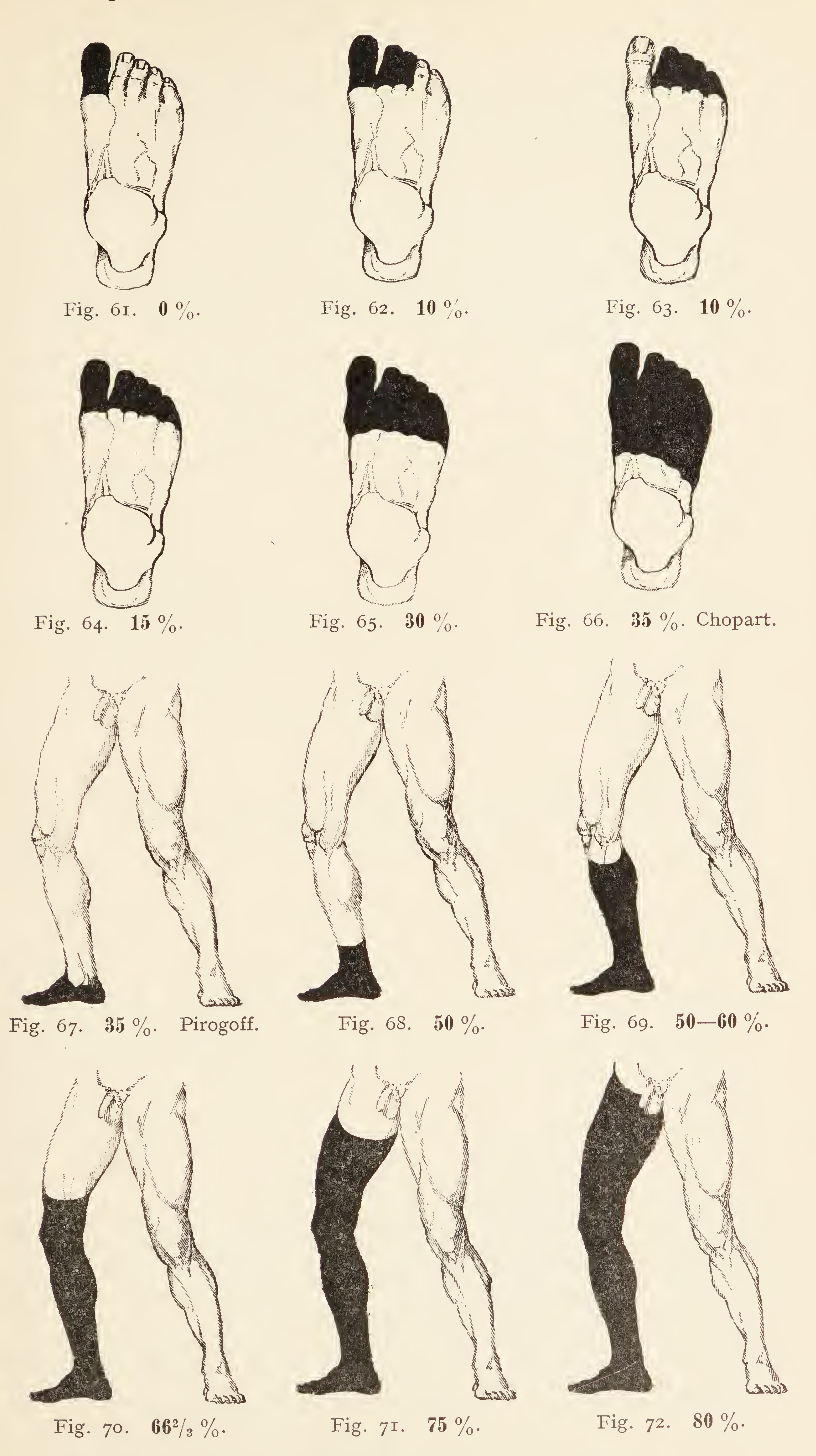


Fig. 61. **0** %.

Fig. 62. **10** %.

Fig. 63. **10** %.

Fig. 64. **15** %.

Fig. 65. **30** %.

Fig. 66. **35** %. Chopart.

Fig. 67. **35** %. Pirogoff.

Fig. 68. **50** %.

Fig. 69. **50—60** %.

Fig. 70. **66$^{2}/_{3}$** %.

Fig. 71. **75** %.

Fig. 72. **80** %.

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.



Unfallfolgen im Bereiche des Kopfes:

- Abstoßend wirkende Entstellung des Gesichtes, die den Umgang mit Menschen erschwert . . . 20—50%
- Skalpierung bei Mädchen (dazu Lieferung und Instandhaltung der Perücke) 33⅓%
- Verlust einer Ohrmuschel: beim Manne . . . 0%
- bei Frau . . . 10%
- Einseitig leichte, bis mittlere Schwerhörigkeit . . . 0%
- Einseitige Taubheit . . . 10—15%
- Doppelseitige mittlere Schwerhörigkeit . . . 15%
- Doppelseitige erhebliche Schwerhörigkeit . . . 25%
- Doppelseitige Taubheit . . . 33⅓—40%
- Luftröhrenschnitt; Kanüle muß getragen werden . . . 50%

Unfallfolgen im Bereiche des rechten Armes:

- Völlige Gebrauchsunfähigkeit — Verlust . . . 75%
- Vollkommen steifes Schultergelenk . . . 40—50%
- Nicht eingerenkte Schulterverrenkung . . . 40—50%
- Habituelle Schulterverrenkung (Arm renkt sich selbst sehr oft aus) . . . 30%
- Arm bis Wagerechte zu heben . . . 25%
- Arm 30 Grad über Wagerechte zu heben . . . 15%
- Lähmung des Deltamuskels . . . 30%
- Lähmung des großen Sägemuskels . . . 30%
- Oberarmbruch, nicht knöchern verheilt (Stützapparat nötig) . . . 50%
- Ellenbogengelenk, in Streckstellung steif . . . 50%
- Ellenbogengelenk, im Winkel 150 Grad steif . . . 40%
- Ellenbogengelenk, im rechten Winkel steif (beste Stellung) . . . 30%
- Ellenbogen-Schlottergelenk (Stützapparat nötig) . . . 50%
- Ellenbogengelenk, zwischen 90 und 150 Grad zu bewegen, Arm geschwächt . 25%
- Olekranonbruch, nicht knöchern verheilt, Arm leicht geschwächt . . . 15%
- Vorderarmbruch, nicht knöchern verheilt (Stützapparat nötig) . . . 50%
- Vorderarm in Mittelstellung, Drehbewegungen des Armes aufgehoben, Arm geschwächt . . . 30%
- Speichenbruch, leicht schief verheilt, Handgelenk zu ¼ behindert . . . 0%
- Speichenbruch, erheblich schief verheilt, Handgelenk ⅓ versteift, Arm leicht geschwächt . . . 15%
- Handgelenk in gerader Stellung versteift (beste Stellung) . . . 30%
- Handgelenk in ⅓ Beugung oder halber Überstreckung versteift . . . 40%
- Lähmung des Speichennerven nach Gewöhnung mit passender Schiene . . . 25%
- Lähmung des Ellennerven . . . 40%
- Lähmung des Mittelnerven . . . 33⅓%
- Lähmung des Mittel- und Ellennerven . . . 60%
- Lähmung des Ellen- und Speichennerven . . . 60%
- Lähmung der drei Nervenstämme . . . 75%

Beine:

- Völlige Gebrauchsunfähigkeit eines Beines . . . 75%
- Versteifung der Hüfte in günstiger Stellung 30%, in ungünstiger Stellung . . 50%
- Schnappende Hüfte . . . 25%
- Oberschenkelbruch, 6 cm Verkürzung, Gelenke gut, Bein mäßig geschwächt . . 30%
- Oberschenkelbruch, 4 cm Verkürzung, Gelenke gut, Bein leicht geschwächt . . 15%
- Oberschenkelbruch, bis zu 3 cm verkürzt, sonst glatt verheilt . . . 0%
- Kleiner Muskelbruch oder Muskelriß im Quadrizeps . . . 0%
- Knie im Winkel 175 Grad (beste Stellung) steif . . . 33⅓%
- Knie im Winkel 160 Grad steif . . . 40%
- Knie im Winkel 160 Grad steif . . . 50%
- Knie zwischen 120 und 170 Grad zu bewegen, Beinschwäche . . . 25%
- Knie zwischen 90 und 180 Grad zu bewegen, leichte Schwäche . . . 15%
- Schlotterknie (Stützapparat nötig), Bein stark geschwächt . . . 50%
- Leichtes Wackelknie (mit Beinschwäche) . . . 20%
- Kniescheibenbruch, nicht knöchern verheilt, Streckapparat funktioniert nicht, erhebliche Beinschwäche . . . 30%
- Kniescheibenbruch, nicht knöchern verheilt, Streckapparat funktioniert, Oberschenkelschwäche . . . 20%
- Arthritis deformans im Knie, mäßige Beschwerden, Reiben im Gelenk, leichte Beinschwäche . . . 25%
- Nicht knöchern verheilter Unterschenkelbruch (Stützapparat nötig) . . . 50%
- Unterschenkelbruch in deutlicher X-Stellung verheilt, Gelenke frei, mäßige Beinschwäche . . . 25%
- Unterschenkelbruch in leichter O-Stellung verheilt, ⅓ Fußversteifung, leichte Muskelschwäche . . . 10%

- Herabsetzung der Sehfähigkeit eines Auges bis zu ⅓ . . . 0—10%
- Einseitiger Linsenverlust, je nach Sehschärfe mit Starglas . . . 10—20%
- Doppelseitiger Linsenverlust . . . 20—30%
- Einseitiger Augenverlust (beim Militär 20%) . . . 25%
- ,, ,, falls ein künstliches Auge nicht getragen werden kann 30%
- ,, ,, wenn Beruf ungewöhnlich hohe Anforderungen an die Sehkraft stellt od. Beschäftigung besonders gefährlich 33⅓%
- Verlust beider Augen, vom vollen Arbeitsverdienst . . . 80%
- Halbblindheit (Hemianopsie) . . . 40%
- Verlust des Geruches beim gewöhnlichen Arbeiter . . . 0%
- Vollständiger Verlust der Nase, bei Taglöhner (beim Militär 50%) . . . 25%
- Verlust der Nasenspitze, bei Pferdeknecht . . . 10%
- Stark entstellende Sattelnase . . . 15%
- Erhebliche Verengerung beider Nasengänge mit Rückwirkung auf Atmung . . . 15%
- Defekt einer Lippe mit Speichelfluß . . . 20%
- Verengerung der Mundöffnung oder Kiefersperre, die nur Aufnahme flüssiger Nahrung zuläßt . . . 25%
- Verlust einzelner Zähne (ev. Ersatz) . . . 0%
- Glatt geheilter Bruch des Brustbeins oder einer Rippe . . . 0%

Linker Arm:

Durchschnittlich Rente 10% niedriger als bei Verletzungen des rechten Armes.

- Völlige Gebrauchsunfähigkeit . . . 60%
- Schultergelenk vollständig steif . . . 30%
- Schultergelenk halb steif . . . 25%
- Schultergelenk zu ⅓ steif . . . 15%
- Habituelle Schulterverrenkung . . . 25%
- Lähmung des großen Sägemuskels . . . 25%
- Ellenbogengelenk in Streckstellung steif . . . 40%
- Ellenbogengelenk im rechten Winkel steif . . . 25%
- Leicht schief geheilter Speichenbruch . . . 0%
- Stark schief geheilter Speichenbruch, Handgelenk halb steif . . . 10%
- Handgelenk in Streckstellung steif . . . 20%

Unterleibsbrüche, auch Bauchbrüche, sehr selten Folge eines Unfalles.

- Bauchbruch . . . 10—20%
- Nabelbruch . . . 10%
- Leistenbruch . . . 10%
- Schenkelbruch . . . 10%
- Doppelseitige Unterleibsbrüche (fast nie traumatisch) erfordern die doppelten Sätze
- Wasserbruch (gehört nicht zu den sog. Unterleibsbrüchen) . . . 10%
- Wasserbruch, sehr groß . . . 20%
- Verlust eines Hodens . . . 0%
- Verlust beider Hoden:
  - a) vor der Pubertät und bis zum Alter von 40 Jahren . . . 33⅓%
  - b) nach 40 Jahren . . . 20%
  - c) nach 60 Jahren . . . 10%
  - d) beim Militär ohne Berücksichtigung des Alters . . . 30%
- Verlust der Gebärmutter . . . 30%
- Einfache Lageveränderung der Gebärmutter . . . 20%
- Scheiden- und Gebärmuttervorfälle durch Ringe gut zurückzuhalten . . . 25%
- Verlust einer Niere nach Anpassung . . . 15%
- Verlust der Milz . . . 20%
- Widernatürlicher After, Urin- oder Darmfistel . . . ca. 33⅓%
- Starker Mastdarmvorfall . . . 30%
- Verlust des Afterschließmuskels . . . 30%

Beine:

- Doppelter Knöchelbruch, Leichter X-Fuß, Bein um 1 cm geschwächt . . . 20%
- Völlige Versteifung des Fußgelenkes im rechten Winkel (beste Stellung) . . . 20%
- Völlige Versteifung des Fußgelenkes in leichter Spitzfußstellung (100 Grad) . 33⅓%
- Völlige Versteifung des Fußgelenkes in starker Spitzfußstellung . . . 50%
- Fersenbein-Stauchbruch, Wade minus 1½ cm, Drehbewegung des Fußes minus ½ nach Gewöhnung . . . 10%
- Empfindlicher Plattfuß nach Mittelfußbruch . . . 25%
- Schwerer Klumpfuß, Fuß steif . . . 40%
- Leichter Hohlfuß, Fußgelenk halb steif . . . 20%
- Versteifung der großen Zehe, in Streckstellung . . . 0%
- Versteifung der großen Zehe, in Überstreckung (hindernd) . . . 15%
- Versteifung sämtlicher Zehen, in guter Stellung . . . 15%
- Krampfadern durch Unfall verschlimmert, Neigung zu Geschwüren . . . 25%
- Traumatische Ischias mäßigen Grades . . . 25%
- Völlige Lähmung des Ischiadikus . . . 50%
- Peronäuslähmung . . . 20%

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.







